

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 Décembre 1898, à 1 heure

PAR

René BOUTERON

Né à Paris, le 12 Août 1868

DE L'ANTISEPSIE PULMONAIRE

PAR LA VOIE RECTALE

Chez les Phtisiques

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur.

REMY et THIROLLOIX, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

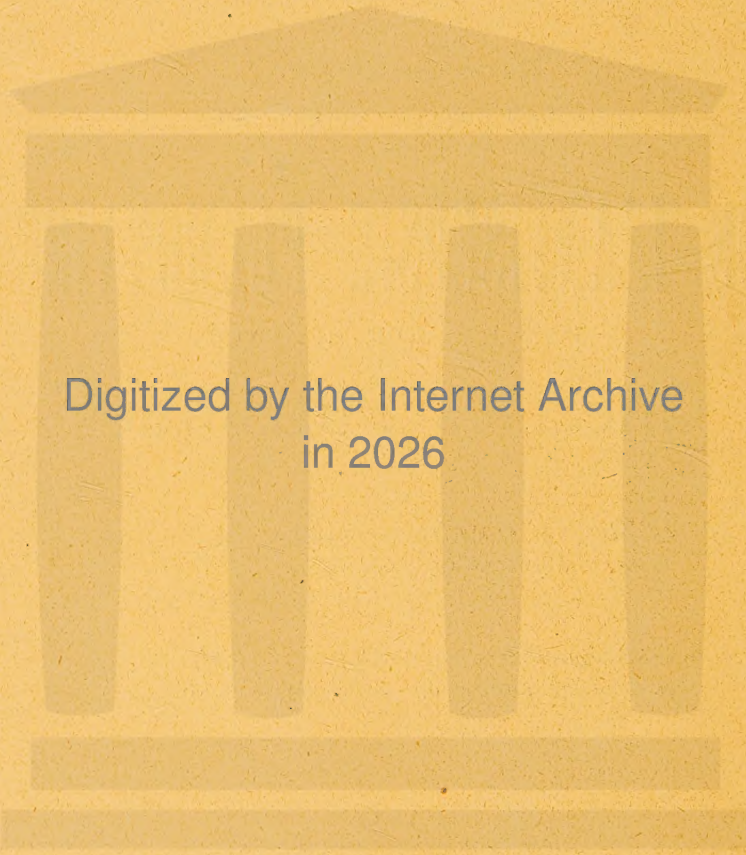
PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1898



Digitized by the Internet Archive
in 2026

124
Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 Décembre 1898, à 1 heure

PAR

René BOUTERON

Né à Paris, le 12 Août 1868

DE L'ANTISEPSIE PULMONAIRE

PAR LA VOIE RECTALE

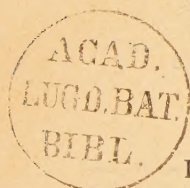
Chez les Phtisiques

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur.

REMY et THIROLOIX, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M BÉCLARD
Professeurs	MM.
Anatomie	PARROT F.
Physiologie	CH. RICH. T.
Physique médicale	GARIN
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHE RD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTIN
	DEBOUT
Pathologie chirurgicale	LANNESONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Matière médicale et Pharmacologie	FOUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUSE
Médecine légale	BROUARDIL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques	BEAUGER.
Clinique des maladies nerveuses	DUPLAY
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	PANAS
Clinique ophthalmologique	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires	N
Clinique d'accouchement	PINARD

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS	RETTERRER.
ALBARRAN	HARTMANN.	RICARD
ANDRE.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILHAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN	MARIE	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MÉNÉTRIÉR.	VARNIER.
DELBET.	NELATON	WALCHER.
GAUCHER.	NETTER	WEISS
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL
GILLES DE LA TOURETTE	trav. anatomiques	WURRY

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ G. CH. PIN

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Cornil

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Sénateur de l'Allier

Chevalier de la Légion d'honneur

*De l'antisepsie pulmonaire par la voie rectale
chez les phtisiques*

INTRODUCTION

Presque tout le monde est d'accord aujourd'hui sur la nécessité de réaliser dans la mesure du possible l'antisepsie des voies respiratoires. Presque tout le monde aussi donne la préférence à la créosote ou à ses dérivés.

Trois méthodes se disputent la prééminence. La première, la plus ancienne, celle que suivent encore de nombreux médecins, c'est l'administration du médicament choisi par la voie stomacale ; les autres obtiennent la préférence auprès de ceux qui pensent avec Peter que l'estomac des phtisiques doit être entouré de soins pieux ; ce sont : la méthode des injections hypodermiques, qui utilise l'absorption sous-cutanée

et la méthode rectale, qui prend comme voie d'introduction la dernière portion du gros intestin.

En raison de son apparente commodité, celle-ci jouit auprès de beaucoup de praticiens d'une faveur marquée. Elle n'effraie pas les patients, ne détermine pas d'accident ; elle ne nécessite pas un outillage compliqué ; enfin elle donne satisfaction, comme la méthode hypodermique, au désir de tous les médecins, qui est d'agir sur le poumon en respectant les voies digestives. Elle peut donc rendre de grands services. C'est ce qui nous a engagé à l'étudier. De plus, comme toutes les méthodes elle a ses indications et ses contre-indications. Il est bon de les préciser.

Avant d'entrer dans le détail de notre sujet qu'il nous soit permis d'offrir à M. le Professeur Cornil nos sincères remerciements pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous sommes heureux de profiter de l'occasion que nous avons de remercier les maîtres qui nous ont enseigné l'art et les sciences médicales.

Que M. le Professeur Le Dentu, que MM. les docteurs Troisier, Landrieux, Josias, Remy, Darier, Gérard-Marchant, Bonnaire, reçoivent le témoignage de notre profond respect et de notre vive gratitude pour les savants conseils qu'ils nous ont prodigués pendant le cours de nos études.

Nous devons également remercier M. le docteur Pignol pour l'amabilité avec laquelle il nous a fournis les renseignements nécessaires pour mener notre travail à bonne fin.

HISTORIQUE

L'utilisation thérapeutique de la voie rectale n'est pas chose absolument récente. Les anciens savaient déjà que l'on peut donner des lavements médicamenteux. Van Helmont s'en est servi. Mais c'est seulement dans ces dernières années que les médecins ont systématiquement utilisé l'absorption rectale pour faire pénétrer dans l'économie des médicaments spécialement destinés à l'antisepsie pulmonaire.

C'est Révillet (1) qui paraît avoir le premier employé les lavements de créosote. Mais, avant lui, d'autres tentatives avaient été faites par M. Bergeon, qui a préconisé l'usage des lavements gazeux : depuis le travail de Révillet, ont paru sur la question les recherches de Chabaud, de Guiter, et beaucoup de médecins ont adopté leurs idées et leurs techniques.

Frappés des inconvénients que présente parfois l'administration des lavements, d'autres auteurs ont eu recours aux suppositoires.

(1) *Semaine médicale*, 1891.

Le vieux moyen thérapeutique, primitivement destiné à solliciter les contractions intestinales — Rabelais en parle ! — et au besoin à calmer, par une application directe de substances narcotiques, des douleurs siégeant dans la vessie, la prostate, le rectum lui-même, le vieux moyen, disons-nous, a trouvé dans ces dernières années un emploi neuf. La substance molle des suppositoires a été prise comme véhicule pour la créosote, le gâïacol, etc.

La première tentative de ce genre paraît due à Dujardin-Beaumetz (1), puis la méthode a été préconisée par Kügler (Communication à la société de thérapeutique).

On trouve dans les thèses de Main et de Blanc un nombre assez considérable d'observations où cette forme médicamenteuse a été employée avec succès.

On le voit, la bibliographie de la question n'est pas encombrante, et malgré les bons résultats qu'elle a donnés entre les mains de beaucoup de médecins, la méthode rectale n'a pas eu les honneurs de nombreux travaux. Cependant elle mérite mieux que cette indifférence et nous espérons pouvoir en fournir la preuve.

On s'étonnera peut-être de ne pas trouver dans notre travail de chapitre consacré à la méthode des

(1) Thèse de Lemanski, 1893.

lavements gazeux inaugurés par M. Bergeon. La raison en est simple : ces lavements, bien oubliés aujourd'hui, n'agissent réellement pas comme antiseptiques, si tant est qu'ils agissent ; ce sont des modificateurs de l'état général, aux mêmes titres que l'oxygène. Peut-être y aurait-il lieu de reprendre la question au point de vue de gaz riches en soufre ; mais les matériaux nous manquent, et nous préférons, laissant de côté cette médication, nous en tenir à l'antisepsie rectale par la créosote et son dérivé le gaiacol.

De l'absorption rectale

Le rectum est pourvu de nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques : sa circulation veineuse est un des points de jonction des systèmes cave et porte : son épithélium analogue à celui des autres portions de l'intestin ; ses nombreuses glandes en tube, du type dit de Lieberkühn, la disposition de ses tuniques musculieuse et celluleuse tout à fait comparable à ce qu'on voit dans le reste de l'intestin, permettent *a priori* de penser qu'il doit jouir des mêmes facultés absorbantes que les autres portions du tube intestinal.

Toutefois, en physiologie et en thérapeutique, les inductions si légitimes qu'elles paraissent, ne sauraient suffire. Il faut qu'elles subissent le contrôle de l'expérience. Dans le cas particulier il y a deux questions distinctes à résoudre :

1^o Le rectum absorbe-t-il ?

2^o Absorbe-t-il la créosote ou le gaïacol ?

A) *De l'absorption rectale en général.* — L'expérience a démontré que l'absorption est plus rapide

dans le gros intestin que dans l'estomac, chez certains animaux tout au moins (Brochin). Le curare, par exemple, peut être presque impunément ingéré par la voie gastrique; introduit dans le rectum, il amène rapidement des accidents graves et même mortels.

Des constatations analogues ont été faites, il y a longtemps déjà par W. Savory; il a constaté une plus grande rapidité d'absorption pour la strychnine, à condition qu'elle fût en solution et non en poudre; pour les cyanures la différence est très faible; pour la nicotine c'est l'absorption gastrique qui se montre la plus rapide. Fait intéressant, il a été constaté par des expériences précises, que le ralentissement de l'absorption gastrique de la strychnine n'est pas dû à l'action du suc gastrique, en sorte que c'est bien l'appareil absorbant de l'estomac qui s'est montré inférieur.

Les recherches de Boudin, et des tentatives plus récentes, ont montré que des solutions arsenicales relativement concentrées peuvent être administrées par la voie rectale sans amener d'accidents. Il semble donc que pour l'arsenic l'absorption rectale soit inférieure quantitativement à l'absorption gastrique.

Demarquay a constaté que l'iodure de potassium est absorbé plus vite par le rectum que par l'estomac. Les urines après injection rectale de un gramme dissous dans 200 grammes d'eau, donnent la réaction

caractéristique au bout d'un temps qui varie de 2 à 7 minutes.

Briquet avait déjà examiné, en 1856, la question qui nous occupe : ses expériences ont porté sur la quinine. Il a vu que les sels de quinine n'éprouvent, par le fait de leur séjour dans l'intestin, aucune modification chimique appréciable ; mais il a constaté aussi que les fortes doses (plus de 2 grammes) de quinine ne sont pas tolérées et ne peuvent s'absorber.

Nous ne ferons que rappeler les expériences où, au lieu de médicaments, on a fait absorber par le rectum des gaz (nous nous sommes expliqué sur ce point), des matières diverses.

Toutes les expériences, celles des laboratoires comme celles de la clinique, concordent sur ce point : le rectum absorbe.

Nous venons de voir que pour les médicaments, ces facultés d'absorption sont variables, mais qu'en somme, abstraction faite des substances irritantes, cette absorption a toujours lieu. En est-il de même, en ce qui concerne la créosote ou ses dérivés.

B) Absorption de la créosote et de ses dérivés.
— Le Dr Revillet, qui a commencé par expérimenter sur lui-même, a constaté que très rapidement, le malade perçoit dans la respiration l'odeur de la créosote, que son élimination se fait régulièrement par les urines. D'ailleurs les phénols sont bien absorbés par le rectum : nous dirions volontiers trop

bien ; les lavements phéniqués ont provoqué des intoxications graves, même à faibles doses.

Mais il ne suffit pas que la créosote puisse être absorbée. Si en effet, certains médecins la donnent en suspension dans l'eau (Chabaud), la plupart préfèrent recourir à son mélange avec des matières grasses ou de la glycérine (lavements huileux, suppositoires de Kügler, suppositoires glycélinés, etc.). Il importe donc de savoir si cette pratique est justifiée, c'est-à-dire si le rectum est capable d'absorber des substances grasses.

M. Bouchard considère l'huile d'olive ou d'amandes douces comme les meilleurs véhicules de la créosote. Déjà Bouisson avait démontré l'absorption des graisses par le gros intestin en général ; Albertoni de Padoue constate que le suc intestinal peut émulsionner les graisses, mais que l'huile introduite dans le rectum est en partie expulsée ; Garlard, Markwald étudient l'action sur les sucres et arrivent à des résultats assez contradictoires ; Czerny et Latschenberger dénie au suc intestinal toute propriété émulsionnante, mais ils admettent l'absorption des graisses émulsionnées. Une émulsion introduite dans le rectum est absorbée proportionnellement au degré de concentration et au temps de séjour dans l'intestin.

Les essais cliniques tentés depuis n'ont fait que confirmer les données expérimentales. En ajoutant un jaune d'œuf aux substances que l'on veut incor-

porer dans un lavement, on les rend plus absorbables, moins irritantes, parce que le médicament bénéficie de la présence de l'émulsion grasseuse.

La glycérine offre-t-elle à ce point de vue les mêmes facilités d'absorption que la graisse ? On peut en douter ; en effet, la glycérine est un excitant des contractions intestinales ; sa présence est donc un obstacle au séjour prolongé de la substance à absorber. De plus, la glycérine est par sa fonction chimique, un alcool ; il est donc probable que son contact prolongé avec l'épithélium intestinal ne serait pas sans inconvénients.

Quant à l'alcool lui-même, on ne peut pas y songer. A la vérité il dissout admirablement la créosote, mais il est irritant. On a pu, dans certains cas, administrer des lavements de vin ; mais c'est un procédé qui n'est pas exempt d'inconvénients, locaux d'abord, généraux ensuite, puisque des phénomènes d'ivresse ont été observés en pareil cas. L'irritation probable de l'intestin par une telle thérapeutique est à redouter, puisque tous les expérimentateurs s'accordent à reconnaître que la muqueuse irritée n'absorbe plus.

Ainsi les matières grasses peuvent, de l'avis de tous les physiologistes, être absorbées par le rectum. Mais il ne suffit pas que le véhicule se prête à l'absorption ; le principe actif, la créosote dans l'espèce, est-il absorbé aussi ?

Sur ce point, les expériences ne laissent aucun doute. Revillet, expérimentant sur lui-même, a vu que l'odeur de la créosote se retrouve dans l'haleine après un temps variable, court en général ; que l'urine contient également des quantités appréciables du médicament. La créosote a donc été transportée dans le système circulatoire.

Et ce que nous disons de la créosote s'applique aussi au gaiacol.

Ce n'est donc pas une erreur thérapeutique que de s'adresser au rectum pour faire pénétrer dans l'économie des médicaments que tous les auteurs français et étrangers s'accordent à considérer comme les meilleurs antiseptiques pulmonaires utilisables chez les tuberculeux.

Seulement, quel est le procédé de choix pour son administration : c'est ce que nous allons examiner maintenant.

Choix de l'antiseptique

Depuis les travaux de Reichembach, on sait qu'il existe deux types distincts de créosote : la créosote de goudron de hêtre et la créosote de goudron de houille. C'est à la première seule qu'il faut s'adresser. En effet, la créosote de houille est plus caustique, mal tolérée.

Est-ce à dire cependant que la créosote, même celle du goudron de hêtre, soit toujours un produit irréprochable ? Assurément non, et cela vient de ce que sa composition n'est pas définie. Ce n'est pas, en effet, un corps homogène, mais un mélange de différents corps appartenant à la série des phénols.

On trouve dans la thèse de Main tous les détails sur ce point, et nous n'insisterons pas, car aujourd'hui tous les médecins savent à quoi s'en tenir. Il nous suffira de rappeler que la teneur en gâïacol peut varier du simple au quadruple ; et que par conséquent les quantités de créosol, de crésylol et de phénol ordinaire varient dans les mêmes proportions. Or, chacun de ces corps, considéré à part, a une action

distincte qui est loin d'être bienfaisante : nous n'en voulons pour preuve que les cas d'empoisonnement graves ou même mortel. Quant au créosol, il ne paraît pas exempt d'inconvénients (1).

Plusieurs médecins, entre autres M. Burlureaux, se sont efforcés d'obtenir une créosote constante dans sa composition, mais on ne la trouve pas partout.

Pour ces raisons, et bien que la créosote ait le grand avantage de ne pas coûter cher, — considération qui n'est pas à dédaigner — nous serions plus porté à conseiller le gaïacol.

En effet, ce dernier corps peut-être obtenu à l'état de pureté absolue, comme l'a démontré M. Choay. Le gaïacol de synthèse est cristallisé et par conséquent offre toutes les garanties possibles de pureté. Son prix de revient est assez élevé : 70 à 80 fr. le kilog. D'ailleurs il existe dans le commerce des gaïacols liquides, préparés avec soin, et qui sans avoir la fixité de composition du produit cristallisé, s'en écartent néanmoins fort peu, et sont encore recommandables. Ils sont même, au point de vue de la préparation rapide, plus maniables que le gaïacol synthétique, qui ne peut être employé qu'après fusion au bain-marie.

Le gaïacol nous paraît en outre plus apte que la

(1) Pignol. Médecine moderne, 12 novembre 1891, n° 46.

créosote à ne pas irriter l'intestin. Il a un pouvoir anesthésique bien connu, très préconisé dans ces derniers temps surtout, et nous croyons qu'il peut être supporté plus longtemps.

Technique

Deux procédés sont utilisables :

Les lavements ;

Les suppositoires.

a) *Lavements*. — Les considérations physiologiques que nous venons de développer nous dispensent de revenir sur la question du véhicule à employer.

L'eau simple, ne dissolvant pas la créosote, qui reste en suspension et peut par conséquent exercer son action caustique sur la muqueuse ; l'alcool, trop irritant ; la glycérine, produisant des contractions intestinales qui expulseraient le contenu du rectum, sont à rejeter.

Il reste donc les matières grasses.

On peut utiliser leurs propriétés en émulsionnant d'abord un jaune d'œuf avec la créosote et en ajoutant à de l'eau l'émulsion ainsi obtenue. Mais alors il est nécessaire d'employer des quantités d'eau assez grande (200 gr. Revillet).

Si l'on adopte ce moyen, on devra avoir grand

soin de stériliser au préalable l'eau à employer. La présence de la créosote ne suffira pas à assurer son asepsie.

Le procédé le plus simple est d'employer l'huile : huiles d'olives, d'amandes douces, de noix, de faines ; cette dernière, d'après M. Bouchard, dissout mieux la créosote que les autres. Si l'on se sert d'huile, l'addition du jaune d'œuf est moins nécessaire ; on peut s'en passer ; cependant, on se rappellera que l'huile peut n'être pas absorbée en totalité et que par conséquent une partie, probablement peu considérable, mais appréciable néanmoins, sera évacuée, entraînant avec elle une dose impossible à évaluer du principe actif.

Toutefois, dans certains cas, quand il y a intérêt à supprimer une complication, que ce soit pour raison d'économie, ou pour une autre cause, on pourra user de simples lavements huileux.

Quel que soit d'ailleurs le véhicule choisi, on se souviendra que les grandes quantités de liquide ne peuvent être que très difficilement gardées.

Les lavements de Révillet :

Créosote pure de goudron de hêtre 2 à 4 gr.

Eau..... 200

Huile d'olive..... 25

Jaune d'œuf..... n° 1

nous paraissent trop volumineux.

60 à 100 gr. d'huile quand on se sert de créosote,

50 gr. si l'on emploie le gaïacol nous semblent bien suffisants.

Nous proposons donc la formule suivante :

Créosote pure de goudron de hêtre V à XX g^{tt}es
Jaune d'œuf (facultatif)..... n° 1
Huile d'olives ou d'amandes douces
ou de faines.^s..... 60-80-100 gr.

ou

Gaïacol cristallisé fondu à une douce
chaleur 0,20 à 1 gr.
Huile 50

On ne fera pas chauffer le lavement, d'abord pour ne pas volatiliser et perdre une partie du médicament, ensuite pour ne pas exciter les contractions intestinales : comme le froid les excite également, on choisira un juste milieu et on injectera le lavement un peu tiède.

Le moment de choix pour son administration est le soir, au moment où le malade se couche. Il lui sera en effet plus facile de le garder pendant la nuit que durant la journée. Faut-il, pour rendre la conservation plus facile, ajouter du laudanum ? Nous ne le pensons pas. On y aura recours que dans les cas d'intolérance extrême, attendu qu'il n'est pas sans inconvénient à tous les points de vue d'opiacer ses malades. Il s'agit en effet d'une médication à continuer long-

temps, quotidiennement, et l'accoutumance avec tous ses dangers s'établirait vite.

Détail qui a son importance : notre expérience personnelle nous conduit à conseiller pour ces lavements l'usage d'une poire en caoutchouc ayant juste la contenance voulue ; avec les irrigateurs, en effet, une partie du liquide se perd ou reste dans le tuyau ; avec une poire trop grande, on risque d'injecter de l'air, qui provoquera des coliques, du gonflement abdominal.

On donnera le lavement aussi longtemps que possible après les repas.

Enfin une précaution qu'on ne devra pas négliger sera de faire toujours précéder le lavement médicamenteux d'une injection d'eau bouillie, destinée à laver les surfaces absorbantes.

b). Suppositoires.

La première application des suppositoires créosotés semble appartenir à Dujardin-Beaumetz, elle est mentionnée en 1893 dans la thèse de son élève Lemanski. Mais il est probable que d'autres praticiens y avaient songé, seulement il n'en existe pas de preuves dans les publications que nous avons consultées.

Blanc, dans sa thèse, examine les différentes sortes de suppositoires ; pour nous, nous préférons le procédé qui consiste à fondre ensemble le beurre de cacao additionné ou non de cire blanche (cette

dernière addition est utile en été) et une petite quantité d'huile à laquelle on a préalablement incorporé le médicament.

Pour les raisons exposées plus haut les suppositoires de glyco-gélatine ne nous semblent pas recommandables, les suppositoires creux, renfermant la substance active dans une cavité centrale, et par conséquent à l'état de concentration, peuvent encourir le reproche de mettre une trop grande quantité de substance active en contact avec la muqueuse rectale.

Quelle dose de créosote ou de gaïacol convient-il d'incorporer au beurre de cacao ? Les auteurs varient : les uns, comme Dujardin-Beaumetz, ne veulent pas dépasser 30-40 centigr. par jour ; les autres avec Bouchard et Gimbert, Révillet, Chabaud, Burlureaux, n'hésitent pas à prescrire des doses beaucoup plus fortes, et Kügler notamment préconise des doses journalières de 3 grammes.

On pourrait formuler ainsi qu'il suit ;

Créosote pure de goudron de hêtre...	0.30-0.50
--------------------------------------	-----------

Beurre de cacao	4 gr.
-----------------------	-------

Pour un suppositoire ; Deux par jour.

ou :

Gaïacol pur.....	0.20-0.50
------------------	-----------

Beurre de cacao.....	4 gr.
----------------------	-------

Même mode d'administration.

Du choix de la méthode

Les lavements exigent une technique un peu plus compliquée que les suppositoires. Mais ils ont l'avantage de faire pénétrer facilement une dose plus élevée du médicament. Certains malades, qui ne peuvent les garder, conservent avec plus de facilité les suppositoires.

Nous conseillerons volontiers d'essayer d'abord les lavements, nous réservant d'employer les suppositoires si le premier mode de traitement était gênant ou mal supporté.

Au contraire, nous conseillerons plutôt les suppositoires chez les malades à rectum intolérant, particulièrement les enfants, à qui il est très difficile de faire garder un lavement.

La médication par les suppositoires a pour elle une plus grande simplicité de moyens.

Mais toutes deux répondent bien à l'indication capitale de toute thérapeutique : *primum non nocere*, cela, bien entendu, en dehors des cas spéciaux dont nous aurons à parler plus tard. La méthode rectale

comporte, en effet, des indications et des contre-indications. Et les considérations sur lesquelles elles sont basées sont sensiblement les mêmes pour les lavements que pour les suppositoires, pour la créosote que pour la gaïacol. Le but et l'utilité de la méthode antiseptique, quelque voie qu'elle emprunte, quelque substance qu'elle emploie, sont bien résumés dans un passage du livre de G. Sée « la Phtisie bacillaire » que nous reproduisons avec grand plaisir :

« On nous jette la pierre, à nous autres médecins,
« parce que nous n'avons pas été heureux jusqu'ici :
« *vœ victis* : mais nous ne serons pas victimes jus-
« qu'au bout, et la voie nouvelle dans laquelle la cli-
« nique peut et doit entrer résolument, ne restera pas
« stérile ; nous ne sommes pas effrayés par les faux-
« pas de la première heure ; en effet les difficultés
« sont bien autrement considérables que dans la
« science chirurgicale et obstétricale, où le médica-
« ment nécrophytaire trouve le parasite pour ainsi
« dire sous la main. Le parasite médical au lieu de
« rester à la surface, comme sur une plaie, a pénétré
« profondément dans les tissus, dans la muqueuse
« bronchique, dans les poumons, dans tous les élé-
« ments histologiques, vous ne l'atteindrez pas par
« des fumigations, ni même avec les injections intra-
« pulmonaires, d'ailleurs dangereuses, des substances
« anti-virulentes ; l'ennemi est dans la place et non à
« la porte d'entrée ; il faut le prendre à revers, et pour

« cela imprégner l'organe malade par le médicament
« sans faire courir de danger à l'organisme. Il faut
« que le médicament s'il ne peut pas arriver au ba-
« cille, le frappe indirectement dans ses conditions vi-
« tales, dans ses moyens d'existence ; c'est là le secret
« et l'explication de certaines actions médicamen-
« teuses utiles, c'est là la source des indications cura-
« tives. » « Phtisie bacillaire du poumon », par G.
Sée, 1884.

Effets généraux de la médication

Que l'on administre la créosote ou le gaiacol, les médecins sont **unanimes** sur ce point : dans les cas favorables, il y a parallèlement amélioration locale et amélioration générale. Les fonctions digestives se rétablissent ; les malades qui ne mangeaient plus, mangent et naturellement engraisser. Les sueurs diminuent, puis disparaissent ; l'expectoration change de nature et se tarit ; la toux diminue et même disparaît. En même temps, ou pour mieux dire un peu après l'amélioration générale, l'état local se modifie, et cette modification heureuse se traduit par la diminution des râles, des signes de congestion, etc. ; enfin, le tableau se complète par la disparition progressive des agents infectieux de l'expectoration, disparition qui a pour corollaire la cessation graduelle de la fièvre et le retour des forces.

Ces heureux effets sont au maximum quand la médication respecte le tube digestif. De là le choix de la voie rectale. Nous avons pu voir des malades chez qui la créosote n'avait pas produit de bons effets tant

qu'elle était prise par la bouche, changer complètement en quelques jours, lorsque le médicament introduit par une autre voie, pouvait exercer son influence bienfaisante sans irriter au passage la muqueuse de l'estomac (Voir Obs. VII).

Mode d'action

La créosote est un antiseptique. C'est à ce point de vue surtout qu'elle a été administrée aux phtisiques. M. Bouchard rappelle avec une certaine amertume la façon dont furent accueillies les tentatives de réhabilitation du médicament de Reichenbach : cependant c'était après avoir dûment expérimenté les propriétés antiseptiques de la créosote. Après lui, Guttman a vérifié que 0 gr. 50 pour 1000 de créosote suffisent à tuer les microbes ; Pilotte a constaté qu'une solution à 1 0/0 stérilise un tissu tuberculeux ; M. Bouchard déclare que 0,062 pour 1000 donnent le même résultat. En injections hypodermiques, il a pu donner sans amener nécessairement la mort des animaux 3 c. c. 15 par kilogr.

Chez l'homme il ne donne d'ordinaire pas plus de 3 gr. par jour, soit 0,05 par kilogr.

Ainsi administrée, la créosote se montre antiseptique, antithermique, et accessoirement ou plutôt secondairement, elle augmente l'appétit et provoque l'engraissement.

On peut lui reprocher — et on lui a reproché — de provoquer parfois des poussées congestives, ce qui est possible en raison de la présence du créosol ; mais il est démontré que certains malades se congestionnent avec une rare facilité sous l'influence de causes étrangères à la thérapeutique : séjour au bord de la mer, baisses barométriques, vents, excès d'alimentation, périodes menstruelles.

L'antithermie est réalisée indirectement par la disparition progressive des microbes pathogènes, directement par l'action spéciale aux phénols ; mais il faut pour l'obtenir de fortes doses et la pratique conseillée par Revillet peut n'être pas sans dangers. Cependant le malade dont il rapporte l'observation n'a pas paru incommodé (1).

Pour les raisons que nous rappelions plus haut certains médecins préfèrent le gaïacol à la créosote. Il est certain qu'il exerce dans beaucoup de cas une influence favorable, et que ces cas étant les mêmes que ceux que la créosote améliore, on peut en conclure que son action est identique. Toutefois les avis sont partagés.

Tandis que Sommerbrodt, Schellig, Sahli même le croient doué d'une action spécifique anti-bacillaire, d'autres pensent qu'il agit en neutralisant la tubercu-

(1) L'observation est simplement citée dans le travail de Revillet : il ne la donne pas au complet.

line avec laquelle il formerait une combinaison inoffensive.

C'est possible, mais peu probable, étant donné que le gaïacol, comme la créosote, agit sur d'autres microbes que le bacille de Koch ; nous n'en voulons pour preuve que ses bons effets dans la grippe, la coqueluche, etc., etc.

A la vérité, toutes ces constatations expérimentales ont été faites, soit *in vitro*, soit par le procédé des injections hypodermiques, intra-veineuses etc. Mais à défaut d'expérimentation sur les animaux par le procédé des lavements et des suppositoires, nous avons des observations cliniques suffisantes pour démontrer que la créosote et le gaïacol assurent réellement l'antisepsie, quelle que soit leur voie d'introduction, et cela d'autant mieux que les fonctions digestives sont plus ménagées, ce qui est le cas avec la méthode que nous indiquons.

Accidents de la médication

Il n'y a pas de panacée universelle ; c'est bien connu, et malgré cela quand paraît un nouveau traitement de la tuberculose, ceux qui le préconisent le croient volontiers capable de révolutionner la thérapeutique et de guérir tout le monde. Et nous ne parlons pas ici des charlatans dont les observations portent couramment des numéros fantastiques, mais de bien des médecins honnêtes, plus enthousiastes malheureusement qu'instruits, et qui n'ont pas la patience d'attendre pour communiquer les résultats d'un traitement, que le temps ait fait son œuvre.

La médication antiseptique n'a pas échappé au sort commun. D'abord elle semblait applicable à tous les cas ; puis il a fallu en rabattre, reconnaître qu'elle avait parfois à enregistrer des succès et, chose plus grave, à se reprocher des accidents.

Aujourd'hui mieux connue et mieux maniée, elle donne entre les mains de qui sait l'employer de merveilleux résultats, à la condition que ses indications aient été soigneusement pesées.

Toutefois, même dans ce cas, elle peut encore déterminer des accidents ; les uns peu graves et purement locaux, les autres beaucoup plus redoutables, décelant l'intoxication de l'économie entière.

Accidents locaux.— L'intolérance du rectum peut-elle être considérée comme accident ? Il faut distinguer.

Si elle est due à une sensibilité particulière du rectum, c'est une contre-indication.

C'est un accident, si elle est imputable à la technique suivie.

Dans l'observation de M. le Dr Folladonsa, il semble que la dose de créosote (1 gr.) fût trop forte, puisque le même rectum pouvait sans douleur tolérer 0,50 centigr. Dans deux des observations, on verra que des suppositoires, d'ailleurs bien faits, contenant de 0,50 à 0,60 de gaiacol pur, ont amené une sensation de brûlure. Il n'en est d'ailleurs rien résulté de fâcheux, bien que, dans un cas, cette médication ait été continuée longtemps. Mais nous croyons qu'il y aurait lieu, le cas échéant, de s'en préoccuper, dans la crainte de voir survenir du côté de l'intestin ou de l'orifice anal des lésions qui pourraient avoir, dans le présent et dans l'avenir, des conséquences graves.

Nous n'avons dans aucune observation relevé de phénomènes douloureux aussi intenses que dans celle de notre confrère de Biarritz. Néanmoins, comme il faut éviter d'aggraver les sensations déjà si pénibles des phthisiques, nous estimons qu'on fera sagement,

quel que soit le procédé employé, suppositoire ou lavement, de commencer par de petites doses, 10, 15, 20 centigrammes, en les élevant progressivement de manière à atteindre la dose thérapeutique. :

Accidents généraux. — Révillet insiste avec raison sur la nécessité de n'administrer les antiseptiques que si le foie et les reins fonctionnent bien. En effet, les accidents généraux paraissent relever surtout de l'état de ces organes. Nous ne disons pas exclusivement.

L'action hypothermisante des phénols, par conséquent celle de la créosote ou du gaiacol, ne doit pas, pour être efficace, dépasser certaines limites. A très hautes doses, ils abaissent la température très rapidement ; un tel résultat peut-être bon, mais avec la majorité des médecins, nous pensons qu'il ne doit pas être systématiquement cherché, car on s'exposerait en ne visant que l'indication thermique, à de cruels mécomptes.

Un abaissement de température léger est un bienfait, mais un abaissement trop rapide est un danger et un danger sérieux ; on peut heureusement l'éviter avec de la prudence et des précautions et en graduant les doses.

Quant aux phénomènes d'intolérance, sueurs profuses, élévation thermique, ils ne sont pas rares chez les phthisiques avancés. On les observe après l'administration par la voie rectale comme après les injections

hypodermiques. Il n'y a qu'une façon de les éviter, c'est de cesser toute médication antiseptique chez le phtisique trop avancé pour la supporter, et de ne la commencer en pareil cas qu'avec la plus grande prudence et par de très faibles doses.

Indications

D'une façon générale, il y a indication pour la méthode antiseptique toutes les fois qu'il y a infection ; il y a spécialement indication pour le choix de la voie rectale quand on veut épargner le tube digestif dans ses parties indispensables. Nous ajouterons volontiers : quand il n'est pas possible de recourir à la voie hypodermique, que nous croyons être la plus sûre et la plus active. Mais ceci est une question d'appréciation ou plutôt de convenance, et certainement au point de vue de la rapidité d'action, de la sûreté, du dosage, de la précision en un mot, c'est la voie rectale qui nous paraît mériter de venir immédiatement après elle dans la plupart des cas, et l'emporter sur elle dans certaines circonstances.

La voie rectale nous semble tout à fait indiquée chez les enfants. En effet, bien qu'on puisse pratiquer des injections aux petits malades, comme M. Marfan l'a fait, il y a là certaines difficultés pratiques sur lesquelles nous n'insisterons pas. Mais, comme nous

l'avons déjà dit, c'est plutôt aux suppositoires qu'aux lavements qu'il conviendra de s'adresser.

Il en sera de même chez les sujets très maigres chez qui l'injection serait certainement douloureuse. Enfin, comme toutes les médications, celle-ci comporte une indication, nous ne dirons pas absolue, mais très importante : c'est qu'elle doit être commencée de bonne heure, attendu qu'elle a d'autant plus de chances de réussir que le sujet est moins infecté.

Contre-indications

Une première contre-indication, établie déjà par Demarquay, par Briquet pour les lavements médicamenteux ordinaires, c'est la vieillesse. Le rectum des vieillards n'absorbe guère. Peut-être cependant n'est-ce pas une règle sans exception, et nous pensons qu'on fera bien de ne pas y renoncer de prime abord, en se fondant uniquement sur l'âge trop avancé du malade.

L'existence d'une rectite peut constituer une contre-indication. Nous disons « peut » car une ulcération tuberculeuse — elles sont d'ailleurs rares dans le rectum — serait peut-être avantageusement modifiée par le contact de l'antiseptique.

Mais on aurait certainement à lutter contre des phénomènes d'intolérance, et, d'autre part, l'absorption étant toujours imparfaite dans un rectum malade et irrité (1), il ne faudrait pas compter au moins dans

(1) Dujardin-Beaumetz.

les premiers temps sur des résultats généraux, mais seulement, et encore avec réserves, sur une modification locale. Nous pensons qu'en pareil cas plus que jamais, les doses très modérées seraient de rigueur.

La diarrhée est presque toujours, sinon une contre-indication, au moins un obstacle.

Mais nous serions portés à croire que la contre-indication, en pareil cas, réside moins dans la lésion locale que dans l'état général.

Chez la plupart des ph'isiques, en effet, la diarrhée est un phénomène ultime ; c'est en quelque sorte le témoignage de la cachexie et de l'usure profonde de l'organisme, trop profondément infecté pour réagir.

L'intolérance que nous appellerons générale, manifestée par les sueurs abondantes, les frissons et surtout l'aggravation des symptômes généraux, est une contre-indication formelle. Mais il ne faudrait pas se laisser arrêter par quelques sueurs passagères se manifestant après l'administration du médicament. Ce léger accident, observé par Picot, par Pignol, ne devient un obstacle que quand il est très accentué. L'accoutumance peut s'établir en usant de prudence et en graduant les doses.

C'est dans l'état du foie et des reins qu'on cherchera les indications et les contre-indications. Cela revient à dire qu'on ne devra jamais inaugurer le traitement sans avoir examiné le malade à fond, non

seulement au point de vue de l'albuminurie, phénomène assez banal, mais au point de vue de sa nutrition générale. La présence de pigments biliaires anormaux, le dosage de l'urée, la diminution des phosphates, l'oligurie, en décelant le mauvais fonctionnement du foie doivent rendre le médecin très prudent.

On peut y ajouter ces signes mentionnés par M. Burlureaux ; cet observateur a remarqué que l'odeur du médicament absorbé était perçue beaucoup plus vite chez les phtisiques avancés que chez les autres. Peut-être peut-on voir dans ce fait une preuve de déchéance du foie, dont la fonction d'arrêt ne s'exercerait plus ?

Résultats

Nous appuyant sur les observations relatées à la fin de ce travail, nous arrivons à cette conclusion que si la médication antiseptique ne guérit pas toujours, elle améliore souvent.

Pour juger les résultats définitifs d'une méthode, l'hôpital est un mauvais milieu. D'abord, les malades n'y séjournent pas assez longtemps ; ensuite quand ils sortent, ils se trouvent de nouveau exposés aux causes qui les ont débilités et la maladie a bien des chances de reprendre.

Mais les faits recueillis en ville montrent qu'il est possible d'aller beaucoup plus loin qu'une simple amélioration. Même avec des malades arrivés à la 3^e période, il est possible d'obtenir des résultats des plus encourageants, sous la réserve des contre-indications énumérées plus haut.

Comme toutes les médications, celles-ci a plus de chances de réussir quand la maladie est au début. Mais elle nous paraît appelée à rendre des services plus grands par la voie rectale que par la

voie buccale. Elle permet en effet à l'estomac de se reposer et par suite de supporter la suralimentation.

La rapidité des résultats observés par Blanc serait inexplicable et paraîtrait exagérée si l'on ne tenait pas compte de cette condition. C'est en somme par l'intermédiaire de la nutrition générale qu'elle paraît agir, en prenant comme le dit Germain Sée, le microbe à revers et en modifiant le terrain sur lequel il évolue.

OBSERVATIONS

Observation I

Communiquée par M. le Dr Fonlladosa (de Biarritz)

*Accidents dus à l'emploi des lavements créosotés dans
le traitement de la tuberculose pulmonaire*

La nommée Henriette C... Pas d'antécédents héréditaires ; père et mère actuellement vivants ; un frère, deux sœurs tous de bonne santé habituelle.

Rien de saillant dans ses antécédents personnels jusqu'à l'âge de 18 ans (fin 1895), époque à laquelle elle embrasse la vie religieuse.

Trois mois après son entrée au couvent où elle était arrivée très robuste, sa santé commence à s'ébranler. C'est d'abord un amaigrissement progressif, puis elle commence à tousser, elle a des sueurs nocturnes, des hémoptysies surviennent, bref au bout d'un an et demi ne pouvant plus supporter les fatigues et les privations de sa nouvelle existence la malade retourne dans sa famille.

Amené à la voir au commencement de cette année,

soit deux ans environ après le début de la maladie, un examen sommaire nous fournit les indications suivantes sur son état.

Le poumon droit est farci de tubercules à divers degrés d'évolution ; leur stade le plus avancé est représenté par une cavité du sommet. Le poumon gauche est douteux. La malade tousse peu et n'a pas de crachement de sang. L'examen bactériologique des crachats est douteux.

Il n'y a ni diarrhée, ni constipation, l'appétit est conservé, la digestion stomacale normale.

Rien au cœur, pas d'albumine urinaire.

L'état général est très mauvais, la malade est faible, émaciée, elle a des accès fébriles le soir, des sueurs profuses la nuit.

En dehors du traitement hygiénique usuel, nous croyons devoir prescrire la créosote administrée par la voie rectale à la dose d'un gramme incorporée à un mélange d'huile d'amandes douces, de jaune d'œuf et de décoction de racine de guimauve.

Les deux premiers jours la malade tolère parfaitement son lavement ; le troisième une légère sensation de brûlure fait suite à l'ingestion médicamenteuse. Le phénomène persiste pendant quelque temps puis il s'affaiblit progressivement ; au bout de deux heures toute sensation subjective désagréable a disparu. Le jour suivant l'administration créosotée est positivement douloureuse, la brûlure éprouvée est telle que la malade rend son lavement au bout d'un quart d'heure l'accusant d'être l'origine de la

douleur éprouvée; un soulagement immédiat suit cette évacuation.

En présence de ces symptômes, l'usage rectal de la créosote est provisoirement suspendu pour le recommencer au bout d'un septénaire.

A la reprise, la dose du médicament est diminuée; chaque lavement ne contient plus que 0,50 centigr. de créosote. Ils sont parfaitement supportés; la malade accuse bien quelques vagues malaises au ventre, mais en somme rien de bien net; le quatrième jour, nous croyons pouvoir revenir impunément au gramme initial de créosote.

Une crise est le fruit de cette nouvelle dose; à peine la malade a-t-elle pris son lavement qu'elle ressent une sensation de brûlure si intolérable qu'elle pousse de véritables cris; il lui semble, dit-elle, que son abdomen est entouré d'un cercle de fer rougi au feu. Le lavement est immédiatement évacué; néanmoins les phénomènes douloureux ne cèdent pas, ils persistent au contraire; le ventre se ballonne; les souffrances endurées sont telles qu'un confrère est mandé en toute hâte; une injection de morphine est pratiquée.

Le lendemain matin, l'état de la malade est le suivant: le ventre est comme le siège d'une douleur sourde, continue, spontanée, le ventre est très ballonné. Le frottement des parois ne dénote pas la moindre hyperesthésie cutanée; la pression au niveau des colons est excessivement douloureuse; à la percussion, le ventre rend un son tympanique. La malade a eu pendant la nuit plusieurs évacuations diarrhéiques; les selles sont jaunâtres, sans traces de sang.

La diarrhée persiste les jours suivants ; elle est réfractaire à toute médication. La malade, s'affaiblissant progressivement, traîne une dizaine de jours au bout desquels survient la terminaison fatale.

Observation II

(Communiquée par M. le docteur Pignol).

M^{me} Leb..., 28 ans. Pas d'antécédents héréditaires nets. La maladie actuelle remonte à peu près à deux ans. Elle a commencé à se manifester après une fausse couche qui s'est accompagnée de troubles généraux graves et de troubles mentaux qui ont nécessité l'internement.

Etat presque cachectique. Râles abondants aux deux sommets. Fièvre. Sueurs. Nombreux bacilles dans les crachats. Urines rares, pauvres en urée et en phosphate.

21 mars 1894. — Néanmoins, comme il y a encore un peu de résistance, je conseille des injections hypodermiques de gaiacol à petites doses (0.10 par jour). Les premières injections bien supportées, à part une légère sueur, amènent une amélioration légère. Je tente de l'augmenter à 25 cent., réaction violente, frissons, sueurs, etc. Je reviens à la dose primitive qui cette fois est mal supportée; ne voulant pas laisser la malade sans traitement, j'essaie des lavements à 0.20 pour 50 gr. d'huile ; ils déterminent les mêmes réactions. J'essaie alors des suppositoires à

0.15, à 0.10, à 0.05 cent. de gaïacol pour 3 gr. de beurre de cacao. Même à la dernière dose ils ne sont pas supportés, et leur introduction assez douloureuse, est suivie au bout d'une demie heure des mêmes accidents de réaction. Mort le 6 juillet 1897.

Cette observation semble démontrer que l'absorption rectale est aussi rapide que l'absorption sous-cutanée, et que les antiseptiques qui ne sont pas tolérés quand on les administre par une voie, ne le sont pas davantage quand on change de méthode.

Observation III

(Communiquée par M. le D^r Pignol)

M^{lle} P. . . , 17 ans, nous consulte pour la première fois le 27 août 1897.

Au point de vue héréditaire nous notons une paralysie agitante en évolution chez le père ; la malade a une sœur plus jeune qu'elle et très bien portante.

Pas de phtisiques dans la famille.

Les antécédents pathologiques sont nuls. Réglée à 15 ans.

La maladie actuelle aurait débuté il y a 2 ans (?) par une bronchite.

Bouteron

Actuellement, nous constatons ce qui suit :

La malade est maigre, elle paraît fatiguée, tousse beaucoup, transpire la nuit et a maigri considérablement.

Le percussion donne de la matité sous les deux clavicules. A droite, il y a de l'expiration prolongée et de l'inspiration rude ; à gauche du retentissement de la toux et des craquements.

Bacilles de Koch dans l'expectoration. Urines à peu près normales. Teneur faible en urée (la malade ne s'alimente pas). Légère augmentation des phosphates.

Appétit nul. Pas de diarrhée. Foie normal à la percussion et à la palpation.

Traitement : Hygiène générale, fenêtres ouvertes, régime alimentaire approprié, frictions sèches matin et soir.

Solution de biphosphate de chaux.

Lavements quotidiens contenant 0,20 centigr. de gaïacol pour 50 gr. d'huile d'olives.

Ces lavements sont très bien tolérés. Je revois la malade plusieurs fois par mois et je fais augmenter la dose de gaïacol, qui passe progressivement de 0.20 à 1 gr. par jour, sans amener d'accidents locaux.

Amélioration notable de l'état général ; retour de l'appétit et des forces. La malade a gagné 2 kilog., (Janvier 1898).

Le traitement s'est continué sans interruption jusqu'à présent, sauf pendant les périodes menstruelles, et a toujours été bien supporté.

Actuellement, (10 décembre 1898), l'état de la malade est le suivant :

Au point de vue général, amélioration manifeste. Elle est gaie, alerte, dort bien, mange bien, digère parfaitement. Il n'y a plus de sueurs. De temps en temps, il y a des poussées congestives, coïncidant avec l'époque menstruelle : deux fois en août et en octobre 1898, il y a de légères hémoptysies qui d'ailleurs n'ont amené aucun trouble de l'état général. Localement, le sommet droit respire parfaitement et on n'y entend aucun bruit anormal. A gauche, le foyer de craquements persiste sous la clavicule, mais il ne s'est pas étendu.

Observation IV

(Revillet)

L. D... 27 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Estomac très dilaté. En août 1890, hémoptysies assez abondantes, qui se renouvellent mi-septembre.

Depuis cette époque, toux sèche, persistante. Perte d'appétit. Sueurs nocturnes. Amaigrissement et déperdition des forces. Vient à Cannes en décembre 1890. A ce moment, submatité dans la fosse sus-épineuse droite avec atrophie notable des muscles de la région. Au même point respiration rude, prolongée et saccadée, râles assez fins et secs aux deux temps, de la respiration. Résonnance

exagérée de la toux, de la voix. Exagération des vibrations thoraciques.

En avant du même côté, saccades respiratoires. Rien au poumon gauche. Peu d'expectoration. Bacilles. Quelques jours après son arrivée, le malade est vu en consultation par M. le Professeur Bouchard ; celui-ci constate l'existence des signes énumérés plus haut et confirme le diagnostic. Le malade pèse, en ce moment, 57 kilog.

Le traitement des lavements créosotés est commencé immédiatement. On débute par 1 gr. 50 centig. par jour, puis les doses sont portées à 3 gr. 50 centig. par jour. Les urines deviennent noires et le malade a le goût de créosote dans la bouche après chaque lavement. Il prend environ 100 gr. de créosote par mois. En mars 1891 M. le Professeur Bouchard revoit le malade avec moi et constate l'état suivant : disparition complète de la matité, des saccades respiratoires et des râles.

Le murmure respiratoire est redevenu normal en avant et en arrière. Les vibrations thoraciques ne sont plus exagérées. La toux et l'expectoration ont cessé. Pas de bacilles. Les sueurs nocturnes ont cessé. Appétit meilleur. Retour des forces. Le malade pèse 62 kilogrammes 500 grammes.

Il a donc pris 5 kilogr. 500.

M. le professeur Bouchard considère le malade comme étant en état de guérison apparente.

Observation V

(Révillet).

Louis M..., 39 ans. agent de change. Père mort diabétique. Fièvre typhoïde, il y a six ans. Tousse depuis cette époque. A eu des hémoptysies répétées et abondantes. Estomac dilaté. Malade très amaigri. Fièvre, sueurs nocturnes. Diarrhée fréquente.

Début du traitement en novembre 1890. A ce moment je constate l'existence d'une énorme caverne qui occupe toute l'étendue de l'omoplate gauche. A ce niveau matité et perte d'élasticité. Respiration amphorique. Voix et toux cavernueuses. Pectoriloquie aphone. Gargouillements à timbre presque métallique. En avant sous la clavicule du même côté, gros râles humides aux deux temps de la respiration. A droite submatité et obscurité respiratoire dans la fosse sus-épineuse ; au dessous, dans toute l'étendue du poumon, sonorité exagérée avec respiration humée. Expectoration purulente, excessivement abondante, au moins un litre de pus, dans les 24 heures. Le malade a de véritables vomiques qui gênent le sommeil et qui surviennent dès qu'il baisse un peu la tête : le pus s'écoule alors presque sans toux et sans effort. Pas d'albumine dans les urines. Le malade prend en moyenne et régulièrement 3 gr. 50 cent. de créosote par jour, qui est parfaitement tolérée. Ses urines deviennent noires.

Au bout de quinze jours, la diarrhée, la fièvre, les sueurs nocturnes disparaissent. L'expectoration diminue rapidement, et l'état général s'améliore.

Actuellement en avril 1891, disparition complète des vomissements, crachats rares, muqueux, aérés. Persistance du souffle amphorique et des autres signes de caverne, mais ils s'entendent dans une étendue bien moindre.

Les gargouillements sont remplacés par des râles humides de moyen volume.

L'appétit est revenu avec le sommeil. Pas de diarrhée, ni de fièvre. Le malade a pris 4 kil. 200 gr.

Les forces reviennent et il marche longtemps sans essoufflement.

Observation VI

(Révillet.)

Jeanne B..., 17 ans. Père mort tuberculeux à 35 ans, malade depuis deux ans, a craché plusieurs fois et crache assez souvent du sang. Matité sous la clavicule gauche avec expiration soufflante et prolongée, retentissement de la voix et de la toux. Du même côté à la base, en arrière, matité dans le tiers inférieur du poumon, absence du murmure vésiculaire; au-dessus souffle pleurétique avec égophonie et frottements pleuraux, abolition des vibrations thoraciques.

Point douloureux au-dessous du sein gauche. Céphal-

lalgie. Sueurs nocturnes. Fièvre. Diarrhée opiniâtre. Amaigrissement considérable. Pèse 48 kilog.

Début du traitement en novembre 1890, par les lavements créosotés d'abord à 1 gr. puis 3 gr. 50 cent^{es}. La diarrhée cesse au bout de quelques jours et ne reparait plus, l'appétit revient et l'état général s'améliore.

Actuellement, en avril 1891, le point de côté a disparu. La sonorité est redevenue normale à la base gauche, les frottements et l'égophonie ont disparu. Le murmure vésiculaire s'entend bien. Pas de sonorité skodique. Persistance des signes observés sous la clavicule gauche. Pas de sueurs ni de fièvre. Les forces reviennent. La malade pèse 56 kilog., elle a donc pris 8 kilog.

Observation VII

Tuberculose au premier degré. — Guérison apparente.

(Thèse de Blanc)

P... Alexandre. 19 ans, entre le 14 sep 94 à l'hôpital Cochin, salle Chauffard, lit 21.

Antécédents héréditaires. Père âgé de 52 ans, bien portant; mère morte à 41 ans. N'a jamais toussé. Le malade a eu 18 frères et sœurs. Il lui reste un frère et quatre sœurs, tous bien portants. Il a perdu 3 frères de méningite.

Antécédents personnels. Bronchite à 4 ans. Angine

diphthérique à 8 ans. Il a été opéré à l'hôpital Trousseau à l'âge de 13 ans, pour adénite inguinale tuberculeuse.

A 18 ans, refroidissement, point de côté, hémoptysie. Il crache du sang pendant 3 jours. Soigné à Lariboisière.

Il entre à l'hôpital pour un point de côté à gauche. A l'examen du malade, ce qui frappe tout d'abord, c'est qu'il est de constitution très faible. On lui donnerait volontiers 15 ans.

Signes d'induration au côté gauche. Toux quinteuse et expectoration légère. Poussées fébriles le soir. Anorexie, sueurs la nuit. On donne comme traitement le vin créosoté, le sulfate de quinine, un todd au quinquina et une pilule de cinq centigrammes d'extrait thébaïque. L'état malgré cette médication, reste stationnaire ; le malade ne peut plus supporter le vin créosoté, qu'on remplace le 24 septembre par un suppositoire créosoté.

Le poids du malade à cette date est de 36 kilogr. 700 grammes.

Tous les signes de l'absorption de la créosote sont perçus par le malade. Le suppositoire est très bien supporté et ne gêne en aucune façon le malade. A partir de cette époque l'état du malade va en s'améliorant.

La toux disparaît ainsi que l'expectoration. La fièvre tombe, l'appétit renaît, les sueurs nocturnes cessent et les lésions pulmonaires deviennent silencieuses.

Le malade pèse le 4^{er} octobre, 39 kilogr. 900 gr.

— 9 octobre, 41 kilogr. 800 gr.

— 13 octobre, 42 kilogr. 300 gr.

— 29 octobre, 43 kilogr. 350 gr.

On cesse toute médication et le malade convalescent est dirigé à Vincennes.

Observation VIII

Tuberculose à la première période. Amélioration

(Blanc, loc. cit.)

Le nommé Pr. Abel, serrurier, entre le 22 septembre, salle Voillez, lit 19.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Il a 6 frères et 7 sœurs ; pas un ne tousse. Un de ses frères est mort à 18 ans, de fièvre typhoïde, une sœur est morte à 23 ans de méningite.

Antécédents personnels. — Bronchite à 13 ans et à 15 ans ; depuis il a des bronchites tous les hivers.

Depuis un mois, il tousse la nuit, a des sueurs nocturnes, maigrit et ne mange plus. On constate à l'examen tous les signes de l'induration pulmonaire au sommet droit, une bronchite localisée à ce niveau.

Traitement. — Suralimentation, opium et un suppositoire de créosote tous les jours.

Signes d'absorption manifestes, tolérance complète. amélioration progressive et embonpoint.

Pèse le 23 sept : 52 kil, 300

— 1^{er} oct : 53 kil. 200

— 9 oct : 55 kil. 400

— 15 oct : 58 kil. »..

Le malade se sentant beaucoup mieux, quitte de lui-même l'hôpital.

Observation IX

Tuberculose à la première période. — Amélioration

(Blanc, loc. cit.)

F..., W..., 30 ans, comptable, entre le 7 juin 1894, salle Beau.

Antécédents héréditaires. — Pas de tuberculeux dans sa famille.

Antécédents personnels. — Il n'a jamais été malade jusqu'en 1891. Il a été marié deux fois avec des femmes qui sont mortes de la poitrine.

En 1891, à la suite d'une bronchite, il commence à tousser et à cracher.

En 1892, nouvelle bronchite avec augmentation de la toux et de l'expectoration ; amaigrissement, sueurs nocturnes, anorexie. L'affection ne fait qu'augmenter, et le 7 juin, amaigri et cachectisé, il entre à l'hôpital.

A l'examen du malade, on constate des signes d'induration et d'emphysème. On lui donne tout d'abord le trai-

tement par le vin créosoté, qui, mal supporté, est remplacé le 29 juin par les suppositoires créosotés. Le malade s'en trouve très bien et s'améliore de jour en jour.

L'appétit reparait et avec lui remonte l'embonpoint. L'expectoration et les sueurs nocturnes diminuent; la fièvre s'amende et les forces reviennent. Le malade augmente de 4 kil. en un mois.

Il pèse le 23 juin.....	45 kil. 200
30 juin.....	46 kil. 300
7 juillet.....	48 kil.
15 juillet.. ..	48 kil. 700
21 juillet.. ..	49 kil. 100

Se trouvant beaucoup mieux, il quitte l'hôpital.

Observation X

Tuberculose à la première période. —

Pas d'amélioration

(Thèse de Blanc)

C... Pierre, 26 ans, infirmier, entre le 7 mai 1894, salle Voillez, lit n° 18.

Tuberculose pulmonaire datant de février 1892, ayant été traité par la méthode créosotée sous toutes ses formes sans amélioration. Son estomac ne tolère pas ce médicament. La médication par les suppositoires créosotés est commencée le 19 juin à raison d'un suppositoire par jour. Le malade pèse 62 kil. 700.

Malgré cette nouvelle médication, le malade qui a de la diarrhée, continue à diminuer de poids ; il ne pèse plus que 61 kil. 300. On double alors les suppositoires et la diarrhée ne s'arrête enfin que le 30 juin, malgré l'ingestion du laudanum et de salicylate de bismuth en même temps.

A cette date le malade ne pèse plus que 60 kilog. 800. Avec la disparition de la diarrhée, l'appétit revient ; le malade pèse 62 kilog. le 3 juillet, mais retombe à 61 kilog. 800 le 7 juillet.

L'état général et l'état pulmonaire n'ont pas changé. Malgré cela, le malade quitte l'hôpital sur sa demande.

Observation XI

(Thèse de Blanc)

R. Antoine, 32 ans, cordonnier, entre le 19 mai 1894, salle Beau, lit n° 14, pour une tuberculose pulmonaire à la deuxième période datant de 1892.

Ce malade est traité pendant un mois au vin créosoté aux capsules de créosote. On le lui retire sur sa demande et on le remplace par les suppositoires créosotés le 21 juin.

On constate une amélioration et une augmentation de poids de 2 kilog. jusqu'au 30 juin ; le malade pèse alors 47 kil. 400. Mais cette amélioration est de courte durée ; l'anorexie reparaît bientôt, le malade tombe à 47 kil. 700 le 7 juillet, puis à 45 kil. 400 le 21 juillet.

La toux a repris, l'expectoration a augmenté, le malade se cachectise de nouveau ; quelques foyers se cavernulisent et malgré mes conseils le malade quitte l'hôpital.

Résumé des observations relatées dans la thèse de Blanc (1)

Femme, 23 ans. — Hérité? Signes de tuberculoses au 1^{er} degré avec commencement de ramollissement. Poids 45 kilos. Suppositoires créosotés. Du 9 octobre au 13, elle gagne deux kilos. (P. 47) le 29 48 kilos, le 31 49. Grande amélioration locale et générale.

Perdue de vue après sa sortie (28 jours de traitement).

Femme, 19 ans. — Hérité. Malade depuis un mois environ. Signes locaux peu nets. Bacille dans les crachats. Fièvre.

Suppositoires créosotés. Amélioration notable. A gagné 4 kilo. Sortie après cinq jours de traitement.

Homme, 35 ans. — Malade depuis 6 mois. Poids 58 kilos. Suppositoires créosotés. Pèse 61 kil. 400 après un traitement d'un mois.

Homme, 43 ans. — 56 kil. 500. 20 jours de traitement, gagne 4 kil. 200. Envoyé à Vincennes.

Homme. 44 ans. — Un mois de traitement. Amélioration notable. Gagne 4 kilos.

(1) Nous ne donnons in extenso que les plus typiques.

Homme, 24 ans. — 23 jours de traitement. Gagne 3 kil. 400.

Homme, 32 ans. — 24 jours de traitement. Gagne 2 kilos.

Homme, 17 ans. — Malade depuis dix mois. 12 jours de traitement. Gagne 5 kilos.

Homme, 29 ans. — Hémoptysies, sueurs. 16 jours de traitement. Gagne 2 kilos.

Homme, 25 ans. — Malade depuis un an. En peu de jours gagne 3 kilos.

Homme, 33 ans. — Un mois de traitement. Gagne six kilos.

Homme 30 ans. — 20 jours de traitement. Gagne 2 kilos.

Homme, 35 ans. — 20 jours de traitement. Gagne 4 kilos.

Homme, 53 ans, — Traitement abrégé par la sortie du malade au moment où il s'améliore. Gagne 3 kil. 700 en 8 jours.

Homme, 25 ans. — Malade depuis trois mois. Traité par le vin créosoté qu'il n'a pu supporter. 35 jours de traitement par les suppositoires ; malgré une poussée fébrile, gagne 3 kilos et sort très amélioré.

Homme. — Un mois de traitement sans résultat. Hémoptisie.

Homme, 25 ans. — Un mois de traitement. Pas de résultat.

Homme, 31 ans. — 45 jours de traitement. Gagne environ 2 kilos.

Homme, 35 ans. — 15 jours de traitement. Gagne 2 kilos.

Homme, 30 ans. — Un mois de traitement. Gagne 2 kilos.

Homme, 23 ans. — 2^e période. Traitement sans résultat.

Homme, 48 ans. — 3 semaines de traitement. Pas de résultat.

Homme, 40 ans. — Cavernes. Amélioration très courte. Pas de résultat.

Homme, 37 ans. — Cavernes. Pas de résultat.

Homme, 50 ans. — Cavernes. Pas de résultat.

M. Blanc fait suivre les observations des réflexions suivantes :

..... Nous arrivons en somme aux mêmes résultats thérapeutiques, signalés par MM. Bouchard et Gimbert, à savoir que la créosote agit surtout dans la 1^{re} période, et dans la moitié des cas environ à la 2^e période de cette affection.



CONCLUSIONS

1° La voie rectale peut être utilisée avec avantage pour l'absorption de médicaments antiseptiques.

2° Par cet voie l'absorption des médicaments est plus rapide, plus complète que par la voie buccale, et a lieu sans fatigue pour l'estomac.

Le véhicule peut être soit un lavement, soit un suppositoire.

3° Il est prudent de n'administrer les médicaments qu'à petites doses.

4° L'emploi de la méthode est contre-indiqué :
a) par les lésions locales du rectum qui amènent de l'intolérance ; b) presque toujours par la diarrhée ;
c) par les causes générales qui empêchent les malades de supporter les médicaments.

5° Il est indiqué au contraire quand l'état général permet de supporter un traitement pharmaceutique actif et quand il n'y a pas d'intolérance rectale.

6° Il est bien évident que la préoccupation de faire l'antisepsie des voies respiratoires ne doit pas

faire négliger les précautions générales, le régime, l'hygiène ; aucune méthode ne peut avoir la prétention de s'en dispenser.

Le traitement pharmaceutique n'est en effet que l'adjuvant et ne doit en aucun cas être considéré comme l'élément unique de la guérison.

Vu :

**Le Président de la Thèse,
CORNIL.**

**Vu par le Doyen :
BROUARDEL.**

**Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.**



BIBLIOGRAPHIE

- Albertoni.** — Lo sperimentale, 1873.
- Briquet.** — Bull. Acad. de Médec., T. XII, p. 237.
- Bouchard et Gimbert.** — Gaz. Hebdomadaire 1877.
- Bouchard.** — Thérapeutique des maladies infectieuses, Paris 1889.
- Blanc.** — Contrib. à l'étude de l'adm. de la créosote par la voie intestinale, suppositoires créosotés, thèse de Paris 1895.
- Brochin.** — Art. lavement. Dict. Encycl. des Scienc. Med.
- Czerny et Latschenberger.** — Physiol. Untersuch. Ueber die Verdauung und. Resorption und Dickdarm des Menschen. (Arch. für Pathol. Anat. und Physiol.), T. IX, L. II.
- Chabaud.** — Sem. Méd. 1891.
- Congrès de la Tuberculose.** — Passim.
- Dujardin-Beaumetz.** — Leçons de clinique thérapeutique.
- Demarquay.** — — Union Médicale 3^e série 1867.
- Daremborg.** — Traitement de la phthisie pulmonaire.
- Delens.** — Article Rectum, Dict. encycl. des Scienc. Méd.
- Garland.** — Bost. med. Journ. 1874.
- Gley.** — Article Absorption. Dict. encyclopédique des Sciences Médicales.
- Kügler.** — Société de thérapeutique 1892.

Marfan. — Article Pthisie (Traité de Médecine Charcot-Bouchard.

Main. — Thèse de Paris 1892.

Pignol. — Médecine moderne, 12 nov. 1891.

Revillet. — Sem. Médic. 1891, p. 265.

Savory. — The Lancet, mars 1864.



TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	5
Historique.....	8
De l'absorption rectale.....	11
Choix de l'antiseptique.....	17
Technique.....	20
Du choix de la méthode.....	25
Effets généraux de la médication.....	28
Mode d'action.....	30
Accidents de la médication.....	33
Indications.....	37
Contre-indications.....	39
Résultats.....	42
Observations.....	45
Conclusions.....	65
Bibliographie.....	67



